

Démarche : ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Organisme : Département Politique du médicament et de la démarche qualité et pertinence

Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

Formulaire

Le présent formulaire vous permet de saisir l'Agence régionale de santé d'Île-de-France d'une demande d'autorisation de regroupement de pharmacies, en application de l'article R.5125-1 du code de la santé publique.

Cette démarche ne concerne que les regroupements s'effectuant au sein ou vers une commune située dans la région Île-de-France.

Pour un regroupement vers une commune d'accueil située en dehors de l'Île-de-France, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé de la région concernée.

Textes de référence :

- Article L.5125-3 et suivants du code de la santé publique,
- Article R.5125-1 du code de la santé publique,
- Arrêté du 30 juillet 2018 fixant la liste des pièces justificatives accompagnant toute demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie.

L'agence régionale de santé d'Île-de-France procède à un traitement de vos données personnelles pour permettre l'examen des demandes d'autorisation d'ouverture, de transferts et de regroupement d'officine de pharmacie. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement conformément à l'article 6.1.e) du Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016 et à l'article L5125-3 du code de la santé publique.

Les réponses aux demandes d'informations de ce formulaire sont obligatoires. A défaut de réponse de votre part, la demande ne pourra pas être étudiée.

Les données à caractère personnel vous concernant (données d'identification, coordonnées et données professionnelles) sont enregistrées et conservées pendant 5 ans à compter de la date de la demande et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : personnels de l'ARS en charge d'étudier les demandes, pharmaciens inspecteurs de santé publique de l'ARS, personnels de l'Ordre des pharmaciens et représentant régional désigné par chaque syndicat représentatif de la profession.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit à demander la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au délégué à la protection des données de l'ARS par courrier à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données de l'ARS, Immeuble Curve, 13 rue du Landy 93200 SAINT-DENIS ou par courriel à l'adresse : ars-idf-dpd@ars.sante.fr

Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés.

Identité du/des demandeur(s)

NOM et Prénom du/des pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant

Veuillez renseigner les noms et prénoms de l'ensemble des pharmaciens titulaires des officines à regrouper.

Notification de la décision : adresses des pharmaciens demandeurs

Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire

Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'Agence régionale de santé notifie la décision finale

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire

Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'Agence régionale de santé notifie la décision finale

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire

Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'Agence régionale de santé notifie la décision finale

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Commune

Est-ce qu'au moins une des officines à regrouper est actuellement exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Informations juridiques sur les sociétés exploitant les officines à regrouper, le cas échéant

Forme juridique de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) de la société ou d'une des sociétés exploitant l' (ou les) officine(s) à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société.

Raison sociale de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société ou d'une des sociétés exploitant l' (ou les) officine(s) à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

La société est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription de la société au tableau de la section compétente

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Forme juridique de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) de la société ou d'une des sociétés exploitant l' (ou les) officine(s) à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société.

Raison sociale de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société ou d'une des sociétés exploitant l' (ou les) officine(s) à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

La société est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription de la société au tableau de la section compétente

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Forme juridique de la société exploitant l'officine à regrouper

Veuillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) de la société ou d'une des sociétés exploitant l' (ou les) officine(s) à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société.

Raison sociale de la société exploitant l'officine à regrouper

Veuillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société ou d'une des sociétés exploitant l' (ou les) officine(s) à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine à regrouper

Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

La société est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription de la société au tableau de la section compétente

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Informations générales concernant l'implantation actuelle des officines à regrouper

Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien demandeur

Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin.

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Courrier électronique de contact

Merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées).

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper

Population municipale issue du recensement en vigueur au moment du dépôt de la demande.

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à regrouper est actuellement implantée (délimitation nord, sud, est, ouest).

Distance entre l'emplacement actuel de l'officine et les officines environnantes

Précisez, en mètres, la distance séparant l'officine de pharmacie à regrouper des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.).

Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien demandeur

Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin.

Courrier électronique de contact

Merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées).

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper

Population municipale issue du recensement en vigueur au moment du dépôt de la demande.

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à regrouper est actuellement implantée (délimitation nord, sud, est, ouest).

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Distance entre l'emplacement actuel de l'officine et les officines environnantes

Précisez, en mètres, la distance séparant l'officine de pharmacie à regrouper des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.).

Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien demandeur

Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin.

Courrier électronique de contact

Merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées).

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper

Population municipale issue du recensement en vigueur au moment du dépôt de la demande.

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à regrouper est actuellement implantée (délimitation nord, sud, est, ouest).

Distance entre l'emplacement actuel de l'officine et les officines environnantes

Précisez, en mètres, la distance séparant l'officine de pharmacie à regrouper des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.).

Adresse du local proposé pour le regroupement

Le regroupement s'effectue-t-il vers le local actuel d'une des officines à regrouper ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Département d'accueil

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75 - Paris

☐ 77- Seine et Marne

☐ 78 - Yvelines

☐ 91 - Essonne

☐ 92 - hauts de Seine

☐ 93 - Seine Saint Denis

☐ 94 - Val de Marne

☐ 95 - Val d'Oise

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal de la commune d'accueil

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Nom de la commune d'accueil

Date prévisionnelle d'ouverture de la nouvelle officine

Veillez indiquer la date prévue pour le regroupement effectif de vos officines, sous réserve de l'obtention de l'autorisation de l'Agence régionale de santé.

Informations concernant la future implantation de l'officine (après regroupement)

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'accueil des officines à regrouper

Population municipale issue du recensement en vigueur au moment du dépôt de la demande.

Le regroupement s'effectue-t-il au sein du même quartier dans lequel sont installées les officines actuelles ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si non, délimitation du quartier d'accueil des officines à regrouper

Si le regroupement s'effectue vers un autre quartier, mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier vers lequel les officines seront regroupées (délimitation nord, sud, est, ouest).

Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes

Précisez, en mètres, la distance séparant l'emplacement du regroupement de vos officines de pharmacie des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.).

Des permis de construire ont-ils été accordés par la mairie de la commune pour la construction de logements individuels ou collectifs au sein du quartier d'accueil des officines à regrouper ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Le bâtiment dans lequel se situe le local de regroupement des officines est-il déjà existant ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

Modalités envisagées pour l'exploitation de l'officine issue du regroupement

La future officine, à son emplacement après le regroupement, sera-t-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

La société qui exploitera la future officine est-elle déjà constituée à ce jour ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

La société qui exploitera la future officine est-elle déjà immatriculée au RCS ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Le cas échéant, si la société est déjà constituée, forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée

Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée, le cas échéant

Nom et prénom des représentants légaux de la société qui exploitera l'officine regroupée, le cas échéant

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société existe déjà, extrait Kbis datant de moins de 3 mois

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société est en formation, statuts signés

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société n'est pas encore constituée, projets de statuts

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Éléments complémentaires permettant de justifier que les conditions du code de la santé publique sont remplies

Éléments justifiant que le regroupement permettra une desserte en médicaments optimale au regard des besoins de la population résidente et du lieu d'implantation choisi

Exposez ici les éléments justifiant que l'accès à la nouvelle officine sera aisé ou facilité par sa visibilité, par des aménagements piétonniers, des stationnements, et le cas échéant, des dessertes par les transports en commun.

Si le regroupement s'effectue vers un autre quartier ou une autre commune, exposez ici les éléments permettant de justifier que la nouvelle officine approvisionnera la même population résidente ou une population résidente jusqu'ici

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

non desservie ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs.

Éléments justifiant que le regroupement ne compromettra pas l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine

Exposez ici les éléments justifiant qu'il existe une officine au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe :

- qui dispose d'emplacements de stationnement
- et qui est accessible au public soit par voie piétonnière soit par un mode de transport motorisé à usage collectif

NB : le mode de transport collectif doit permettre d'assurer au moins un trajet aller-retour quotidien les jours ouvrables (du lundi au samedi, hors jours fériés) entre le quartier / la commune et, soit le lieu d'implantation envisagé pour l'officine, soit une autre officine existante (qui doit être située dans les limites des communes limitrophes). Le transport collectif doit disposer d'un arrêt à proximité de cette officine.

Observations complémentaires éventuelles

Vous pouvez ici expliciter la motivation de votre demande et apporter toutes précisions que vous estimeriez utiles à l'instruction de votre demande par l'Agence régionale de santé.

Pièces à joindre à la demande d'autorisation

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Lettre de demande co-signée par tous les pharmaciens titulaires des officines à regrouper

La demande doit être signée par tous les pharmaciens titulaires / associés en exercice dans les sociétés au moment du dépôt du dossier, même si un ou plusieurs d'entre eux n'envisagent pas de poursuivre leur activité professionnelle dans l'officine regroupée à l'issue de l'opération.

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Attestation d'inscription au tableau de l'Ordre compétent

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Attestation d'inscription titulaire

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Attestation d'inscription titulaire

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Attestation d'inscription titulaire

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièces justificatives concernant le local du regroupement

Droits des demandeurs sur le local

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octroi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial

Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois.

NB : Le bénéficiaire des documents fournis doit être le pharmacien demandeur en son nom propre (ou l'un au moins des pharmaciens en cas de co-titularité de l'officine) ou la société qui exploitera l'officine.

Notamment, pour le cas où le locataire ou l'acquéreur serait une SCI, un bail ou une promesse de bail doit être fourni pour établir les droits dont le(s) pharmacien(s) ou la société qui exploitera l'officine disposera sur le local, quand bien même le gérant de la SCI serait le pharmacien titulaire.

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octroi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial

Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois.

NB : Le bénéficiaire des documents fournis doit être le pharmacien demandeur en son nom propre (ou l'un au moins des pharmaciens en cas de co-titularité de l'officine) ou la société qui exploitera l'officine.

Notamment, pour le cas où le locataire ou l'acquéreur serait une SCI, un bail ou une promesse de bail doit être fourni pour établir les droits dont le(s) pharmacien(s) ou la société qui exploitera l'officine disposera sur le local, quand bien même le gérant de la SCI serait le pharmacien titulaire.

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octroi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial

Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois.

NB : Le bénéficiaire des documents fournis doit être le pharmacien demandeur en son nom propre (ou l'un au moins des pharmaciens en cas de co-titularité de l'officine) ou la société qui exploitera l'officine.

Notamment, pour le cas où le locataire ou l'acquéreur serait une SCI, un bail ou une promesse de bail doit être fourni pour établir les droits dont le(s) pharmacien(s) ou la société qui exploitera l'officine disposera sur le local, quand bien même le gérant de la SCI serait le pharmacien titulaire.

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Autorisations d'urbanisme pour l'aménagement du local

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Permis de construire ou attestation de non-opposition ou attestation sur l'honneur

Selon la situation, il faudra fournir :

- si l'aménagement du local implique un permis de construire (art. L.421-1 du code de l'urbanisme) : le permis de construire accordé (ou une attestation de permis tacite, le cas échéant)

- si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux (art. L.422-2 du code de l'urbanisme) : l'attestation municipale de non-opposition à cette déclaration

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

- si l'aménagement du local n'implique ni permis de construire, ni déclaration préalable : une attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration au titre du code de l'urbanisme (cf. modèle à télécharger ci-dessous)

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire, le cas échéant

A fournir obligatoirement en cas de construction d'un bâtiment.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de construire ou attestation de non-opposition ou attestation sur l'honneur

Selon la situation, il faudra fournir :

- si l'aménagement du local implique un permis de construire (art. L.421-1 du code de l'urbanisme) : le permis de construire accordé (ou une attestation de permis tacite, le cas échéant)

- si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux (art. L.422-2 du code de l'urbanisme) : l'attestation municipale de non-opposition à cette déclaration

- si l'aménagement du local n'implique ni permis de construire, ni déclaration préalable : une attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration au titre du code de l'urbanisme (cf. modèle à télécharger ci-dessous)

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire, le cas échéant

A fournir obligatoirement en cas de construction d'un bâtiment.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de construire ou attestation de non-opposition ou attestation sur l'honneur

Selon la situation, il faudra fournir :

- si l'aménagement du local implique un permis de construire (art. L.421-1 du code de l'urbanisme) : le permis de construire accordé (ou une attestation de permis tacite, le cas échéant)

- si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux (art. L.422-2 du code de l'urbanisme) : l'attestation municipale de non-opposition à cette déclaration

- si l'aménagement du local n'implique ni permis de construire, ni déclaration préalable : une attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration au titre du code de l'urbanisme (cf. modèle à télécharger ci-dessous)

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire, le cas échéant

A fournir obligatoirement en cas de construction d'un bâtiment.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de changement de destination du local pour un usage commercial

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

A fournir uniquement si le local du regroupement est situé dans un bâtiment existant nécessitant un changement de destination (ex : transformation d'un local d'habitation en local commercial)

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièces concernant l'accessibilité du local

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document attestant que le local est conforme aux dispositions des articles L.164-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation concernant l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document attestant que le local est conforme aux dispositions des articles L.164-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation concernant l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document attestant que le local est conforme aux dispositions des articles L.164-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation concernant l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièces justificatives présentant l'aménagement du local d'accueil du regroupement

Plan de masse

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan de masse du bâtiment

Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan de masse du bâtiment

Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan de masse du bâtiment

Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Aménagement intérieur de l'officine

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage, le cas échéant

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Les dimensions de chaque

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

équipement dans l'officine doivent être précisées.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Notice descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local

La notice apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique).

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage, le cas échéant

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Notice descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local

La notice apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique).

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage, le cas échéant

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Notice descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local

La notice apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique).

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Plan de situation des locaux d'origine et d'accueil du regroupement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil de l'officine
- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine
- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant
- l'emplacement exact des officines environnantes

ARSIF - Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil de l'officine
- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine
- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant
- l'emplacement exact des officines environnantes
- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil de l'officine
- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine
- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant
- l'emplacement exact des officines environnantes
- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Liste des permis de construire accordés pour des logements collectifs et/ou individuels, le cas échéant

Cette liste doit être établie par les services d'urbanisme de la commune d'accueil de l'officine issue du regroupement.

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Données de recensement en cas de regroupement vers une autre commune

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait du JORF ayant publié le décret authentifiant les chiffres des populations, justifiant que les conditions démographiques sont remplies dans la commune d'accueil

A fournir uniquement si le regroupement de l'officine se fait vers une commune différente de la commune d'installation actuelle des officines à regrouper.

NB : en cas de fusions de plusieurs communes, la commune prise en compte est celle issue de la fusion (à compter de la date à laquelle cette fusion est effective).

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Impression de la page des données INSEE sur les populations légales pour la commune d'accueil de l'officine

Il peut s'agir d'un extrait de la base de données globales du recensement de la population.

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)